

伊予市病児・病後児保育事業 同意書

伊 予 市 長 宛

私は、病児・病後児保育事業を利用するに当たり、次の内容について同意します。

- 1 利用中は、市及び施設職員の指示を守ること。
- 2 利用の際は、かかりつけ医に受診し、病児・病後児保育事業を実施する施設（以下「実施施設」という。）に利用申込書及び伊予市病児・病後児保育事業医師連絡票を提出すること。また、かかりつけ医に受診した後、利用当日の児童の症状の悪化により、利用できない場合があること。
- 3 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、実施施設の指定する医療機関での受診、治療、処置が行われること。また、保護者の連絡が取れない場合でも、これが行われることがあること。なお、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 4 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、実施施設からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
- 5 児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず実施施設内で児童の相互感染が起こった場合は、当該実施施設は、責任を負わないこと。
- 6 登録及び利用申込において伊予市が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲内において、実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____

(必ず申請者本人が署名してください。)

児童氏名 _____